

Bildung und Gesundheit: Perspektiven für neue Wege der Vernetzung

Klemm, Ulrich

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
W. Bertelsmann Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Klemm, U. (2009). Bildung und Gesundheit: Perspektiven für neue Wege der Vernetzung. *Erwachsenenbildung : Vierteljahresschrift für Theorie und Praxis*, 55(4), 197-202. <https://doi.org/10.3278/EBZ0904W197>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



Bildung und Gesundheit

Perspektiven für neue Wege der Vernetzung

DOI: 10.3278/EBZ0904W197

Erscheinungsjahr: 2009
Seiten 197 - 202

Schlagworte: Gesundheitswesen, Weiterbildung

Dieser Beitrag analysiert die derzeitige Entwicklungsdynamik auf dem Gesundheitsmarkt und lotet die Perspektiven aus, die die Weiterbildung künftig auf diesem Sektor haben könnte.

Diese Publikation ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:



Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Zitiervorschlag

Bildung und Gesundheit. Perspektiven für neue Wege der Vernetzung. In: Erwachsenenbildung 04/2009. Interreligiöse Kompetenz, S. 197-202, Bielefeld 2009. DOI: 10.3278/EBZ0904W197

Ulrich Klemm

Bildung und Gesundheit

Perspektiven für neue Wege der Vernetzung

»Man wagt das Ganze nicht mehr zu denken, weil man daran verzweifeln muss, es zu verändern.«

Theodor W. Adorno 1961
aus: Zur Logik der Sozialwissenschaften

Dieser Beitrag analysiert die derzeitige Entwicklungsdynamik auf dem Gesundheitsmarkt und lotet die Perspektiven aus, die die Weiterbildung künftig auf diesem Sektor haben könnte.

»Die etablierte Medizin hat sich zu einer ersten Gefahr für die Gesundheit entwickelt.« Dieser erste Satz in Ivan Illichs 1974 erstmals publizierter Streitschrift »Die Nemesis der Medizin«¹ schockierte und provozierte das bis dato als makellos und vorbildlich geltende Gesundheitswesen der Industriestaaten.

Diese damals blasphemisch empfundene Kritik am Medizinsystem ist heute schon fast »banal« – wie Illich 1995 im Nachwort zur deutschen Neuauflage feststellen kann.²

Der Arzt und Historiker Klaus Dörner spricht 2004 vom »Gesundheitsdilemma« und stellt provokativ fest, dass unser Gesundheitssystem zur »Gesundheitsvernichtungsmaschine« geworden ist.³ Die Publizistin Renate Hartwig klagt das Gesundheitssystem mit seiner Verflechtung von Politik, Krankenkassen und Industrie

an, spricht von einer »Gesundheitsmafia« und sieht den Patienten einer »kommerziellen Ausplünderung« preisgegeben.⁴ Zum selben Ergebnis kommen auch Marita Vollborn und Vlad Georgescu in ihrer Analyse des Gesundheitswesens und publizierten sie 2005 mit dem Titel »Die Gesundheitsmafia – Wie wir als Patienten betrogen werden«⁵. Der Wissenschaftsjournalist Jörg Blech zeigt auf, wie aus Bürgern Patienten gemacht werden, und kritisiert die Pharmaindustrie als »Krankheitserfinder«⁶. Ähnlich argumentiert auch Markus Grill bei seinen Recherchen über die Manipulationen der Pharmaindustrie.⁷ Einen anderen Aspekt prangert seit Jahren der Gesundheitsökonom und Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach provokativ mit dem Begriff der »Zweiklassenmedizin«⁸ an: Privatpatienten erhalten teurere und damit oftmals neue Präparate aus der aktuellen Arzneimittelforschung, müssen weniger lang beim Facharzt warten, haben einen besseren Zugang zu Spezialkliniken und Spezialisten und verfügen über mehr Wahlmöglichkeiten. Soziologisch betrachtet ist dies die Frage nach der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen und den Unterschieden im Gesundheitswesen zwischen sozialen Statusgruppen.⁹ Die Liste mit Fachpublikationen, Fernseh- und Radioreportagen, Zeitungsberichten und wissenschaftlichen Studien über unser »krankes« Gesundheitswesen könnte noch beliebig fortgeführt werden.

Dieses Krisenfeld wird heute vor allem auf der ökonomischen Ebene diskutiert. Der Arzt und Publizist Michael Feld stellt in diesem Zusammenhang den »Ausverkauf der Gesundheit«¹⁰ fest, Ökonomen schlagen Alarm und verkünden »Gesundheit wird unbezahlbar«¹¹, andere mahnen: »Das Gesundheitswesen braucht Wettbewerb.«¹² Der DAK-Chef, Herbert Rebscher, droht 2006 im Magazin Stern »Die Qualität wird dramatisch zurückgehen«¹³, und DER SPIEGEL schreibt auf der Titelseite »Operation gelungen, Patient pleite«¹⁴.

Die Gesundheitsreformen seit 2000, die das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig machen sollen, sind vor allem Finanzreformen bzw. Kostendämpfungsgesetze, die eine nachhaltige Finanzierung zu garantieren haben.

Die *Gesundheitsökonomie* ist zum Fokus der Gesundheitsreformen geworden. Als zentrale »Kostentreiber« werden dabei ausgemacht:

- die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV),
- die Überfinanzierung der Krankenhäuser,
- zu hohe Arzthonorare,
- steigende Ausgaben für Arzneimittel.

Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben in der BRD, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 2006, 10,6%. In den USA lagen sie 2006 bei 15,3% vom BIP und in der Schweiz bei 11,3%. Am anderen Ende dieser Skala liegen in Europa Finnland mit 8,2% und England mit 8,4% vom BIP. Übersetzt heißt dies, dass in Deutschland ca. jeder zehnte erwirtschaftete Euro für Gesundheit ausgegeben wird.

In Baden-Württemberg beispielsweise zählt der Gesundheitssektor 2006 zur



Prof. Dr. Ulrich Klemm, Dipl.-Päd., Honorarprofessor für Erwachsenenbildung an der Universität Augsburg, Lehrbeauftragter für Pädagogik an der PH Weingarten, haupt- und nebenberufliche Tätigkeiten in der Erwachsenenbildung, Unternehmensberater im Gesundheitswesen.

beschäftigungsstärksten Branche mit 12% Anteil, noch vor dem Dienstleistungssektor (8,3%), dem Maschinenbau (7,1%) und dem Einzelhandel (5,7%), und gilt heute (2008) mit ca. 600.000 Beschäftigten zum »Jobmotor« im »Musterländle« Baden-Württemberg.

Das Gesundheitswesen ist in Deutschland zu einem Wirtschaftsfaktor ersten Ranges geworden, das perspektivisch noch weiter an Bedeutung gewinnt und ökonomisch als zentrale Wachstumsbranche bzw. als »Megamarkt« bezeichnet wird.

Gleichzeitig weisen Ökonomen und Politiker aber auch darauf hin, dass Gesundheit »unbezahlbar« wird. Innerhalb von 13 Jahren, von 1992 bis 2005, sind die Gesundheitsausgaben um 50% gestiegen, d.h. von 158 Milliarden Euro auf 240 Milliarden Euro.

Der Gesundheitsmarkt unterliegt insgesamt einem »doppelten Anpassungsdruck«.

Einer Studie zufolge bestehen bis zu 10 Milliarden Euro Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen.¹⁵ In einer anderen Untersuchung wird nur für den Apotheken- und Arzneimittelmarkt ein Einsparpotenzial von 2,9 Milliarden Euro diagnostiziert.¹⁶ In diesem Spannungsverhältnis von »Megamarkt« und »unbezahlbar« bewegt sich die derzeitige öffentliche und politische Diskussion.

Ursachen der Gesundheitsentwicklung

Die Ursachen für diese Entwicklungen sind multiperspektivisch und liegen u.a. in demografischen, wirtschaftlichen und gesundheitssoziologischen Entwicklungen:

1. Demografische Verschiebungen sind in diesem Kontext:
 - Die Bevölkerung sinkt von 82,2 Mio. Einwohnern (2000) auf 78,1 Mio. (2040).
 - Der Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung sinkt von 67,9% (2000) auf 57,9% (2040) und wird in die-

sem Zeitraum um ca. 10 Millionen Personen abnehmen.

- Der Anteil der über 65-Jährigen steigt von 16,4% (2000) auf 30,5% (2040).
2. Wirtschaftliche Verschiebungen ergeben sich aus Globalisierungs- und Zentralisierungstendenzen:
 - Geringeres Wirtschaftswachstum
 - Zunehmende Verschuldung der öffentlichen Haushalte
 - Stagnierende bzw. steigende Arbeitslosigkeit
 - Sinkende Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer
 - Wirtschaftliche Zentralisierungstendenzen
 - Verlagerung von Produktionsstätten
 - Rückgang des Mittelstandes.

3. Gesundheitssoziologische Verschiebungen zeigen sich durch:

- Zunehmende Lebenserwartung
- Zunahme chronischer Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Diabetes)
- Zunahme altersbedingter Krankheiten (z.B. Alzheimer, Demenz, Parkinson)
- Zunahme der Zivilisationskrankheiten (Bewegungsapparat, ernährungsbedingte und psychische Erkrankungen).

Gesundheit als Ware

Bei einem Vortrag vor Apothekern im Frühjahr 2007 sprach der Gesundheitsökonom Peter Oberländer von einer »Zwickmühle« im zukünftigen Gesundheitsmarkt, in der sich die Leistungserbringer, also Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker, angesichts der unterschiedlichen Erwartungen immer mehr befinden: Die *Patienten* und Versicherten erwarten eine »optimale« Versorgung, die *Kostenträger* (Kassen) eine »effiziente« Versorgung, die *Politik* erwartet eine Begrenzung der Kostensteigerung, die *Akteure* und *Hersteller* erwarten Gewinne und die

Banken, also die Kreditgeber, Liquidität und Bonität. Dieser Erwartungsdruck führt zielstrebig zu einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens bzw. zu einem Gesundheitsmarkt, in dem das Gesetz von Angebot und Nachfrage und »wachsen oder weichen« gilt:

Der *Wettbewerbsdruck* nimmt zu, z.B. wenn im Apothekenbereich die Preise für nicht verschreibungspflichtige Medikamente freigegeben werden und Apotheken miteinander in Konkurrenz treten sollen oder auch der Wechsel von und zu gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenkassen erleichtert und politisch gewünscht wird. Noch einschneidender wird die geplante Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes für die etwa 21.000 Apotheken in Deutschland sein, die zu einer Kettenbildung in der Hand von einigen Kapitalgesellschaften führen wird. Die »kleine Apotheke von nebenan« wird es dann analog dem »Tante-Emma-Laden« nicht mehr geben. Gleichzeitig wächst auch der *Regulierungsdruck*, z.B. durch die Einführung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Krankenkassen und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die das gesamte Gesundheitswesen mit einem Milliardenaufwand neu organisiert. Der zunehmende Abrechnungsaufwand der Ärzte mit der Standesorganisation der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verschlingt zunehmend Zeit und Geld und macht aus einem Heilberufler einen Verwaltungsangestellten.

Gleichzeitig wird ein *Präventionsdruck* aufgebaut, der die Eigenverantwortung des Bürgers bzw. des Patienten in den Mittelpunkt rückt und chronischen Erkrankungen bzw. Zivilisationserkrankungen entgegenwirken soll. Verhaltensprävention zur Vermeidung einer ungesunden Lebensführung wird finanziell belohnt bzw. bei Vermeidung sanktioniert. Beispiele hierzu sind die Zahnpflege, Ernährungsgewohnheiten, Raucherverhalten, Bewegung, Impfungen. Der Gesundheitsmarkt unterliegt insgesamt einem »doppelten An-

passungsdruck«¹⁷ in dem Sinne, dass er sich einerseits auf einen wachsenden Markt, bedingt durch die demografische und technische Entwicklung, einstellen kann und andererseits vor strukturellen und finanziellen Aufgaben steht, die eine grundsätzliche Neustrukturierung notwendig erscheinen lassen.

Strukturwandel der Weiterbildung

Ähnlich wie im Gesundheitswesen ist die Weiterbildung in den letzten zehn Jahren durch eine massive Erosion traditioneller Strukturen gekennzeichnet: Die Institutionen verändern sich angesichts demografischer, technologischer und finanzpolitischer Entwicklungen, die Methodik und Didaktik ist durch (neue?) Forschungsergebnisse aus der Hirnforschung und dem Theorieansatz des Konstruktivismus im Umbruch. Bildungspolitisch zieht sich der Staat zunehmend zurück und privatisiert unter der Formel der Eigenverantwortung und der Selbststeuerung seinen Bildungsauftrag. Bildung ist, wie die Gesundheit, zur Ware geworden. Das Bildungswesen ist zum *Bildungsmarkt* entwickelt worden und erlebt eine massive Deregulierung hinsichtlich Inhalt, Struktur und Finanzierung.

Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung

Die Verbindung von Bildung und Gesundheit ist nicht neu. Vor allem in der allgemeinen Weiterbildung spielt der Gesundheitsbereich traditionell eine große Rolle.

An den über 1.000 Volkshochschulen in Deutschland sind die Sprach- und Gesundheitsangebote seit Jahrzehnten hinsichtlich der TeilnehmerInnenzahl und der geleisteten Unterrichtsstunden dominant und das inhaltliche sowie finanzielle Rückgrat.

Vor allem seit den 1980er-Jahren hat eine stärkere Hinwendung zum Thema Gesundheit stattgefunden, die bis

heute anhält und das Leitbild der Gesundheitsbildung prägt. Der mechanistische und lineare Krankheitsbegriff aus den Naturwissenschaften, der der Medizin den Charakter eines »Reparaturbetriebs« gab, wurde durch einen systemischen und mehrdimensionalen ersetzt. Die Ottawa-Charta der WHO von 1987 verhalf diesem Paradigmenwechsel in der Medizin zum Durchbruch. Weitere Gründe für diesen Wandel im Bewusstsein war die zunehmende Skepsis gegenüber der Medikalisierung von Krankheit und der Effizienz und Effektivität der Medizin. Die neuen sozialen Bewegungen haben darüber hinaus für sanfte und alternative Formen der Medizin sensibilisiert und altes Wissen neu zugänglich gemacht.

Die Leistungserbringer auf der Gesundheitsseite stehen derzeit mit dem Rücken zur Wand.

Für die Erwachsenenbildung fasste Angela Venth, damals Leiterin des Projekts »Gesundheitsbildung« bei der Pädagogischen Arbeitsstelle des deutschen VHS-Verbandes (PAS/DVV), diesen Wandel als einen Wechsel von der *Gesundheitserziehung* zur *Gesundheitsbildung* zusammen.¹⁸ Gesundheitserziehung zielt vor allem auf eine individuelle Veränderung des Verhaltens, um *Krankheitsrisiken* entgegenzuwirken. Dagegen geht es der Gesundheitsbildung um die Förderung und Unterstützung von *Gesundheit* mit den Prinzipien der Freiwilligkeit, Partizipation und des sozialen Lernens.¹⁹ Gesundheitsbildung kann sich demnach nicht länger in der Addition von möglichst vielen Gesundheitsangeboten im Bereich Entspannung, Gymnastik/Bewegung, Heilmethoden, Ernährung oder psychosoziales Verhalten erschöpfen. Dieser Wandel im Verständnis ist die Aufforderung an die Bildungsträger, *fachbereichsübergreifend, institutionenübergreifend* und *gemeinwesenorientiert* zu planen und zu arbeiten.

Die neue Schnittstelle von *Heilprozess*

und *Bildungsprozess* wird in einem gemeinsamen sozialpolitischen Bezug gesehen, der in einem Konzept von *Prävention, Selbsthilfe* und *Gesundheitsförderung* gebündelt wird. Obgleich diese neue Sichtweise in der Erwachsenenbildung auf Akzeptanz und Resonanz stieß und in den Verbänden – z.B. den Volkshochschulen – breit diskutiert wurde, kam es in den 1980er- und zu Beginn der 1990er-Jahre vor allem zu einer quantitativen Ausweitung des Gesundheitsangebots und zu fachbereichsübergreifenden Kooperationen innerhalb der Einrichtungen. Eine überinstitutionelle Kooperation konzentrierte sich in vielen Fällen auf die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, die entsprechende Kursgebühren finanzierten. Strategie

gische Bündnisse im Sinne einer Gemeinwesenorientierung oder einer »Gesunden Stadt/Region« blieben eher die Ausnahme. Man war, um es aus der Sicht der planenden Erwachsenenpädagogen zu sagen, so mit der Organisation der großen Kursnachfrage beschäftigt, dass keine Zeit mehr für qualitative Innovationen blieb, obgleich man sich bewusst war, dass im Sinne der Ottawa-Charta noch einige Hausaufgaben anstanden.

1997 drückte diese Situation der damalige Bundesbildungsminister Jürgen Rüttgers in einer von ihm in Auftrag gegebenen Studie »Gesundheit und allgemeine Weiterbildung« mit der These vom Reformstau aus: »Das Thema Gesundheit in der Weiterbildung birgt ein Reformpotential, das noch sichtbar werden muß.«²⁰

Diese Situation haben wir de facto auch noch heute mit dem Unterschied, dass der finanzielle und politische Druck für die Erwachsenenbildung deutlich gestiegen ist und der Alltag derzeit eher durch die Beschäftigung mit Qualitätsmanagementprogrammen und kaufmännischen Fragen zur

Insolvenzvermeidung geprägt ist als durch Strategien zur gesundheitsdidaktischen Innovation.

Die Leistungserbringer auf der Gesundheitsseite, also Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser etc., wie auch auf der Seite der Bildung, die Erwachsenenbildungsinstitutionen, stehen derzeit beide mit dem Rücken zur Wand.

Wie kann in dieser Situation eine gemeinsame Strategie aussehen?

Beim genauen Hinschauen wird schnell deutlich, wo die gemeinsamen Leitideen zu finden sind: Die Leitbilder eines lebenslangen Lernens mit den Parametern *Freiwilligkeit*, *Partizipation* und *Selbststeuerung* bilden die didaktischen Schnittstellen zum Gesundheitswesen.

Der Paradigmenwechsel in der Medizin hin zur Gesundheitsförderung ist hoch anschlussfähig an den Komplex der Gesundheitsbildung. *Krankheitsprävention* und *Gesundheitsförderung* sind die beiden Referenzpunkte von Medizin und Bildung und finden eine gemeinsame Schnittmenge in dem *Public-Health-Ansatz* der Gesundheitswissenschaften²¹ mit seinen drei Prinzipien:

- die *Multidisziplinarität*, die ethische Perspektiven ebenso umfasst wie medizinische und ökonomische,
- der *Bevölkerungs- und Systembezug*, d.h. der Blick auf das »Ganze« und die Vermeidung einer Individualisierung, und
- die *Anwendungsorientierung*, d.h., Public Health versteht sich primär als eine Handlungswissenschaft und keine Erkenntniswissenschaft, die Grundlagenforschung betreibt.²²

Vernetzung

Mit einem gemeinsamen Pool von Leitideen, die von beiden Systemen unabhängig voneinander mit

- Freiwilligkeit
 - Partizipation
 - Selbststeuerung
 - Multidisziplinarität
 - Bevölkerungs- und Systembezug
 - Anwendungsorientierung
- definiert wurden, sind das Gesundheits- und Bildungswesen nicht nur

für die Politik kompatibel, sondern auch in einem hohen Maße gegenseitig viabel.

Aus der Sicht der Erwachsenenbildung zeichnen sich neben den klassischen Gesundheitsangeboten in den vorhandenen Einrichtungen folgende (neue) Lern- und Kooperationsebenen ab:

Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit dem Setting-Ansatz

Im Kontext einer Public-Health-Strategie eignet sich vor allem der Setting-Ansatz²³ für die institutionalisierte Erwachsenenbildung, der als Interventionsstrategie für soziale Räume bzw. Systeme zur Anwendung kommt. Als Setting werden dabei Institutionen wie ein Betrieb, eine Familie, eine Schule oder ein Jugendzentrum bezeichnet. Beim Setting-Ansatz wird nicht beim Individuum angesetzt, sondern beim »System«. Mit Bezug auf Horst Sieberts Typologie andragogischer Theorien²⁴ wäre die Setting-Strategie in der Erwachsenenbildung als Makrodidaktik in einem *sozialökologischen Ansatz* eingebunden. Hier zeichnet sich auf der systematischen Ebene eine gemeinsame Schnittmenge von den Gesundheitswissenschaften und der Erwachsenenbildung ab. Der sozialökologische Ansatz geht von einer Wechselbeziehung von Mensch, Natur und Gesellschaft aus, die durch die Industrialisierung und Globalisierung aus dem Gleichgewicht gekommen ist. Ziel des Ansatzes ist es, zu einer neuen ökologischen *Nachhaltigkeit* zu kommen, die einen friedlichen und pfleglichen Umgang mit Mensch und Natur fördert.

Analog den Gesundheitswissenschaften, die ein einseitiges naturwissenschaftliches Verhältnis zum Komplex Gesundheit – Krankheit kritisieren, argumentiert der sozialökologische Ansatz in der Erwachsenenbildung gegen technologische Strategien im Umgang mit Bildung, Erziehung, Lehren und Lernen. Gemeinsam ist ihnen ein systemisches Denken.

Beispielhaft am *Setting Arbeitsplatz/*

Betrieb bedeutet dieses systemische Denken hinsichtlich einer betrieblichen Gesundheitsförderung:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation (Qualitätsmanagement)
- Förderung der Mitarbeiterbeteiligung (Partizipation)
- Förderung individueller Kompetenzen (Schlüsselqualifikationen)
- Vernetzung aller Unternehmensteile (Integration)
- Definition und Verzeitung von Verantwortungsbereichen, Ressourcen und Maßstäben (Nachhaltigkeit).

Ein Beispiel für diesen Setting-Ansatz in der beruflichen Weiterbildung ist ein Projekt des *Forschungsinstituts Betriebliche Bildung* der Bayerischen Wirtschaft, bei dem die Gesundheitsförderung mit Weiterbildung für die Zielgruppe »ältere Arbeitnehmer« im Mittelpunkt stand. Es geht dabei um die Analyse eines präventionsorientierten Weiterbildungsbedarfs für ältere Arbeitnehmer im Betrieb auf der Basis einer kooperativen Bedarfserhebung und einer kooperativen Entwicklung von Lern- und Gesundheitslösungen. Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz werden mit Lernprozessen gekoppelt und führen zu einer systematischen Gesundheitsförderung im Betrieb.²⁵

Medizinische Versorgungszentren als Netzwerkinstitutionen

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) von 2003 haben die zugelassenen und niedergelassenen Vertragsärzte erstmals in der BRD ihre Monopolstellung in der ambulanten Versorgung verloren und sind einem Wettbewerb ausgesetzt. Gleichsam als Konkurrenz zur ambulanten Versorgung durch Ärzte in eigener Praxis können nun von Dritten, z.B. von Krankenhäusern oder auch nicht-ärztlichen Leistungserbringern, sogenannte *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) gegründet werden, in denen *angestellte Ärzte* die ambulante medizinische Versorgung übernehmen.²⁶ Ähnlich den *Polikliniken* in der DDR findet eine fachübergreifende

medizinische Versorgung durch nicht selbstständige Ärzte und andere Gesundheitsberufe »unter einem Dach« statt. Das unternehmerisch betriebene und ärztlich geleitet MVZ verfolgt einen gleichsam ganzheitlichen Ansatz, der Heilung und Gesundheitsförderung multiperspektivisch betrachtet. MVZs benötigen neue Strategien des Gesundheitsmanagements für diesen Ansatz und eignen sich zur Integration von medizinischen, sozialpädagogischen und Bildungselementen bei der Gesundheitsförderung. Mit den MVZs entstehen neue Orte der Vernetzung von Bildung und Gesundheit. Gesundheitsbildung kann hier nicht nur »ortsnahe« zur Medizin angeboten werden, sondern steht auch in ständigem Kontakt mit medizinischen Leistungserbringern. Dies erfordert nicht nur neue didaktische Konzepte, sondern auch einen Wandel im Berufsverständnis der Bildungsarbeiter und der Ärzte. Die Verzahnung von Bildung und Gesundheit bekommt durch diese Medizinischen Versorgungszentren eine neue Qualität der Institutionalisierung, die bislang keine andere Einrichtung bieten kann. Der Pädagoge/Andragoge wird in diesem System zu einem Partner der Medizin, etwa vergleichbar mit einem Physiotherapeuten oder einem Apotheker. Entsprechende Erfahrungswerte stehen jedoch noch aus, da die Entwicklung der MVZs – derzeit gibt es schätzungsweise ca. 1.000 Einrichtungen bundesweit – erst am Anfang ist.

»Gesunde Städte und Regionen« als gemeinwesenorientierte Gesundheitsförderung

Konzepte der *Lernenden Region*²⁶, der *eigenständigen Regionalentwicklung*²⁷, der Vernetzung von Erwachsenenbildung und *bürgerschaftlichem Engagement*²⁸ oder der *Netzwerkarbeit*²⁹ sind in der Erwachsenenbildung seit den späten 1980er-Jahren zu einer wichtigen Innovationsstrategie im Kontext des gesellschaftlichen Wandels geworden und zeigen Wege einer aufsuchenden und kooperativen Erwachsenenbildung auf. Diese Ansätze, die als Bildungsstrategie, Makrodidaktik

und aufsuchende Methodik in der Praxis anzutreffen sind, korrespondieren sehr eng mit der Strategie der »Gesunden Städte/Regionen« im Sinne der Ottawa-Charta der UN zur Gesundheitsförderung. Beide Ansätze gehen didaktisch von einer *aufsuchenden Strategie* aus und verstehen sich als *sozialräumlicher Ansatz* im Sinne ei-

ner Zielgruppenorientierung.

In der Sozialarbeit spricht man analog von der Methode der *Gemeinwesenarbeit*.

Ausgangspunkt ist der soziale Raum als Lebens- und Milieumwelt der Menschen. Es geht dabei um die Verzahnung von öffentlichen und privaten Strukturen im Sinne der Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung. Dieser Ansatz kann nur als ein integrativer praktiziert werden, bei dem die Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsarbeit verzahnt werden.

Erwachsenenbildungsinstitutionen als gesundheitspädagogische Dienstleister

Obgleich sich die Erwachsenenbildung auch als Dienstleister für Institutionen außerhalb der Weiterbildungslandschaft versteht, wurden in den letzten Jahren entsprechende Strategien nur zögerlich umgesetzt. Das Zugehen auf Wirtschaftsbereiche wie Industrie, Handwerk oder Handel fallen klassischen Erwachsenenbildungsinstitutionen wie Volkshochschulen, Familienbildungsstätten oder kirchlichen Einrichtungen offensichtlich immer noch schwer. Andererseits scheint das »Standing« der Institutionen der allgemeinen Weiterbildung in der Wirtschaft auch nur bedingt viabel für ihre Interessen zu sein.

Auch wenn Kooperationen zwischen Krankenkassen und der allgemeinen Weiterbildung üblich geworden sind – beispielhaft sei der von AOK geförderte Yogakurs genannt –, sind

dauerhafte Kooperationen zwischen der Gesundheitsbildung in Einrichtungen der Erwachsenenbildung und dem Gesundheitswesen, sprich: mit Krankenhäusern, Arztpraxen oder Apotheken, eher selten. Hier bieten sich allerdings bislang ungenutzte Kooperationspotenziale an, die hoch anschlussfähig an institutionelle, poli-

Hier entwickeln sich neue Formen der Gesundheitszentren, die identische Angebote zu Volkshochschulen oder kirchlichen Bildungsträgern haben.

tische und individuelle Bedarfe sind. Zum Beispiel im Apothekenbereich: Durch gesetzliche Maßnahmen, die den Vertrieb und den Handel mit Arzneimitteln zunehmend liberalisieren (Stichwort: Internetapotheken; Rezept-sammelstellen in Drogerieketten) und den Schutzraum von Preisbindung und Exklusivität durchbrechen, sehen sich die Apotheken immer stärker einem Wettbewerbsdruck ausgesetzt, der über ein Preisdumping ausgetragen wird. In dieser Situation setzen viele Apotheken auf ein *Premium-Konzept* und möchten sich damit von *Discount-Apotheken* abheben, die ihr Profil ausschließlich über billige Preise erzielen. Premium-Konzept für Apotheken bedeutet Beratung, Service und gesundheitsfördernde – jedoch bislang eher apothekenunübliche – Angebote. Wir finden in diesem Sinne bei großen Apotheken bereits regelmäßige Vortrags- und Kursangebote im Bereich der Gesundheitsbildung und dies oftmals in eigenen Räumen in bester Citylage.

Hier entwickeln sich neue Formen der Gesundheitszentren, die identische Angebote zu Volkshochschulen oder kirchlichen Bildungsträgern haben. Themen sind z.B. Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Lauftraining, Yoga, Entspannung, Kochkurse (in eigenen Küchen!), Stressabbau, Selbsthilfegruppen, Gesundheitstage für Kinder, Familien oder Senioren etc. Apotheken benötigen dafür Ressourcen und Kompetenzen in den Bereichen Bildungsmanagement, Bil-

dingungsmarketing, Methodik und Didaktik, die sie entweder punktuell oder dauerhaft teuer auf dem offenen Bildungsmarkt einkaufen. Eine Kooperation zwischen Apotheken und Institutionen der allgemeinen Weiterbildung bietet sich hier nicht nur an, sondern stellt auch eine politisch gewollte Vernetzung her, die unterschiedliche Kompetenzen und Ressourcen auf das gemeinsame Ziel der Gesundheitsförderung bündelt. Ähnliche Kooperationen der Gesundheitsbildung sind auch mit Arztpraxen und Krankenhäusern denkbar. Hier bietet sich ein »weites Feld« neuer Formen der Gesundheitsförderung.

Fazit

Das Gesundheitswesen befindet sich derzeit in der dynamischsten Veränderungsphase seit dem Zweiten Weltkrieg. Der sogenannte »Mega-markt Gesundheit« steht seit Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland vor seiner größten Umwälzung seit Bismarck und soll zu einer völlig neuen Struktur der Krankheitsversorgung und zu einem neuen Verständnis von Krankheit und Gesundheit führen. Gleichzeitig findet seit Ende der 1990er-Jahre auch ein tief greifender Wandel im Bereich der Weiterbildung statt, der in der Tendenz ähnliche Züge aufweist wie das Gesundheitswesen: Bildung wird zur Ware, wird privatisiert, und mit der Leitidee vom lebenslangen Lernen wird aus einem Bildungsrecht eine Bildungspflicht. Die prognostizierten Perspektiven einer »Gesellschaftsgesellschaft«³⁰ und einer »Lerngesellschaft« bilden eine gemeinsame Schnittmenge, die ein neues Verhältnis von Bildung und Gesundheit generieren werden. Der Druck, dem beide Systeme ausgesetzt sind, bietet Chancen für eine neue Qualität der Kooperation und Profilierung im Bereich der Gesundheitsförderung. Neue Strategien der Vernetzung zeichnen sich ab, die aus der Systemnot eine Tugend machen können.

ANMERKUNGEN

- 1 Illich 1974/1975.
- 2 Illich 1995, S. 208.
- 3 Dörner 2004, S. 2.
- 4 Hartwig 2008.
- 5 Vollborn/Georgescu 2005.
- 6 Blech 2003.
- 7 Grill 2007.
- 8 Lauterbach 2007.
- 9 Vgl. Mielck 2005; Borgetto/Kälble 2007.
- 10 Feld 2008, S. 18.
- 11 Germis 2007, S. 38.
- 12 Eekhoff 2006, S. 13.
- 13 Rebscher 2006, S. 130.
- 14 Der Spiegel Nr. 27/2006.
- 15 Keller 2009.
- 16 Ahlheim 2008, S. 6.
- 17 Oberender/Zerth 2008, S. 16.
- 18 Venth 1985.
- 19 Ebd.
- 20 Rüttgers 1997.
- 21 Vgl. Hurrelmann/Laaser/Razum 2006.
- 22 Vgl. Kolip 2002.
- 23 Bals/Hanses/Melzer 2008.
- 24 Siebert 2004.
- 25 Hofmann/Gottwald 2009.
- 26 Vgl. Isringhaus/Kroel/Wendland 2004.
- 27 Z.B. Matthiesen/Reutter 2003.
- 28 Z.B. Klemm 1995.
- 29 Z.B. Voesgen 2006.
- 30 Z.B. Landesinstitut für Qualifizierung NRW (Hg.) 2006.
- 30 Kickbusch 2006.

LITERATUR

- Bals, Th.; Hanses, A.; Melzer, W. (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim/Basel.
- BMBF (Hg.) (1997): Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Bonn.
- Blech, J. (2003): Die Krankheitserfinder. Frankfurt/M.
- Borgetto, B.; Kälble, K. (2007): Medizinsoziologie. Weinheim u. München.
- Der Spiegel (2006), Nr. 27.
- Dörner, K. (2004): Das Gesundheitsdilemma. Berlin.
- Eekhoff, J. (2006): Das Gesundheitswesen braucht Wettbewerb. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 144, 24. Juni 2006, S. 13.
- Feld, M. (2008): Der Ausverkauf der Gesundheit. In: Publik-Forum. Nr. 20, 24, S. 18–20.
- Gemis, C. (2007): Die Deutschen schlagen Alarm: Gesundheit wird unbezahlbar. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 46, 18. November 2007, S. 38.
- Grill, M. (2007): Kranke Geschäfte. Reinbek.
- Hartwig, R. (2008): Der verkaufte Patient. München.
- Hofmann, H.; Gottwald, M. (2009): Weiterbildung und Gesundheitsförderung integrieren. Bielefeld.
- Horx, M. (2008): Healthstyle 2025. In: F. Merz (Hg.): Wachstumsmotor Gesundheit. München, S. 351–376.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München.

- Illich, I.: Die Nemesis der Medizin. Reinbek 1977 u. 1981; 4. überarb. u. ergänzte Aufl. München 1995; Erstauflage 1975; engl. 1974.
- Isringhaus, W.; Kroel, M.; Wendland, H. (2004): Medizinisches Versorgungszentrum. MVZ-Beratungshandbuch. Erfstadt.
- Keller, D. (2009): Zu viel Geld im Gesundheitswesen? In: SÜDWEST PRESSE. Ulm, 8.1.2009.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Werbach-Gamburg.
- Klemm, U. (1995): Erwachsenenbildung und Regionalentwicklung. Frankfurt.
- Kolip, P. (Hg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München.
- Landesinstitut für Qualifizierung NRW (Hg.) (2006): Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten. Bielefeld.
- Lauterbach, K. (2007): Der Zweiklassenstaat. Berlin.
- Matthiesen, U.; Reutter, G. (Hg.) (2003): Lernende Region – Mythos oder lebendige Praxis? Bielefeld.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern.
- Oberender, P.; Zerth, J. (2008): Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor. In: F. Merz (Hg.): Wachstumsmotor Gesundheit. München, S. 11–28.
- Rebscher, H. (2006): »Die Qualität wird dramatisch zurückgehen«. In: Stern, Nr. 26, S. 130–131.
- Rüttgers, J. (1997): Vorwort. In: BMBF (Hg.): Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Bonn.
- Siebert, H. (2004): Theorien für die Praxis. Bielefeld.
- Venth, A. (1985): Gesundheitsförderung und Erwachsenenbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung, 4, S. 313–318.
- Voesgen, H. (Hg.) (2006): Brückenschläge. Neue Partnerschaften zwischen institutioneller Erwachsenenbildung und bürgerschaftlichem Engagement. Bielefeld.
- Vollborn, M.; Georgescu, V. (2005): Die Gesundheitsmafia. Frankfurt/M.